

LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC



Nombre del niño/ Adolescente (Child/Adolescent Name) _____ Fecha (Date) _____

Dirección (Address) _____ Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Código (Zip) _____

Edad (Age) ____ Fecha de Nacimiento (Date of Birth) _____ Estatura (Height) ____ Peso (Weight) _____ Hombre (Male) Mujer (Female)

Padres o Guardian (Parents or Legal Guardian) _____ Escuela (School) _____ Grado (Grade) _____

Teléfono Celular (Cell Phone) _____ Seguro Social del Niño/Adolescente # (Child/Adolescent SS #) _____

Numero Telefónico de la Madre _____ Lugar de Empleo de la Madre _____ Teléfono del Trabajo _____
 Mother's Cell Phone Mother's Place of Employment Work Phone

Numero Telefónico del Padre _____ Lugar de Empleo de el Padre _____ Teléfono del Trabajo _____
 Father's Cell Phone Father's Place of Employment Work Phone

Correo Electrónico (Email Address) _____

¿Persona a Notificar en caso de emergencia? _____ Teléfono _____
 Person to contact in case of emergency? Phone

RAZÓN DENTAL PARA LA VISITA (Chief Dental Complaint) _____

HISTORIA MEDICA (MEDICAL HISTORY)

	Si	No		Si	No		Si	No
1) ¿Ha estado él/ella hospitalizado en los últimos dos años? (Has he/she been a patient in a hospital during the past two years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Baja (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia (Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Ha estado él/ella bajo cuidado médico en los últimos dos años? (Has he/she been under the care of a medical doctor during the past two years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer o Tumor (Cancer or Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, nombre del Doctor _____ (If yes, physician's name)			Derrame Cerebral (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación (Radiation Therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Ha tenido una prueba positiva de Tuberculosis de sangre o de piel? (Has he/she ever had a positive blood or skin test for Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del Corazón (Infection in Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, le han tomado una radiografía desde la última prueba positiva? (If yes, has he/she had a chest x-ray since the positive test?)			Ataque al Corazón (Heart Attack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios (Respiratory Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha (Date) _____ Resultados (Results) _____			Válvula Cardíaca Artificial (Artificial Heart Valve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Alergias (Hay Fever/Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Él/ella actualmente tiene Tuberculosis activa? (Does he/she have active Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos Congénitos del Corazón (Heart Birth Defects)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado expuesto/a a alguien con Tuberculosis activa? (Have you been exposed to anyone with active Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Repentino (Easily Winded)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema (Emphysema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos persistente que haya durado más de tres semanas? (Persistent cough greater than 3 week duration?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el Pecho/Angina (Chest Pain/Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tos que produce sangre? (Cough that produces blood?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco (Cardiac Pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Ha alguna vez él/ella sangrado excesivamente que haya necesitado tratamiento especial? (Has he/she ever had any excessive bleeding requiring special treatment?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de Tobillos (Swollen Ankles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Tiroides (Thyroid Problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Cuando él/ella sube escaleras o camina, tiene él/ella que parar algunas veces porque le duele el pecho, o les falta la respiración, o porque él/ella siente cansado(a)? (When he/she walks upstairs or takes a walk, does he/she ever have to stop because of pain in his/her chest or shortness of breath, or because he/she is tired?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de Peso Reciente (Recent Weight Gain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Él/ella en el último año ha ganado o ha perdido más de 10 libras? (Has he/she had unexplained loss or gain of more than 10 pounds in the past year?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo o Implante de Articulación/Coyuntura (Joint Replacement or Implant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Despierta él/ella algunas veces de su sueño porque le falta la respiración o suda profusamente? (Does he/she ever wake up from sleep short of breath or sweating heavily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estómago/Ulceras (Stomach Troubles or Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Está él/ella en una dieta especial, por orden del doctor o propia? (Is he/she on a special diet? Doctor's order or self-imposed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente (Frequently Tired)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Ataques (Fainting/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Le ha dicho el médico a él/ella que tiene cancer o un tumor? (Has his/her medical doctor ever said he/she has cancer or a tumor?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente (Recent Weight Loss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones (Epilepsy/Convulsions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿A su conocimiento, él/ella fuma o mastica productos de tabaco? (To your knowledge, does he/she smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (Anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Salud Mental (Mental Health Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, cuánto al día? _____ (If yes, how much per day?)			Enfermedad de la Sangre (Blood Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12) ¿A su conocimiento, él/ella bebe alcohol? (To your knowledge, does he/she drink alcohol?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia/ Amarillento (Hepatitis/Jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Si la respuesta es afirmativa, cuántos tragos a la semana? _____ (If yes, how many drinks per week?)			Enfermedades Transmitidas Sexualmente (Sexually Transmitted Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			SIDA o Infección de VIH (AIDS or HIV Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			16) ¿Él o ella tiene otras enfermedades, condiciones, o problemas que no han sido mencionadas? (Does he/she have any disease(s), conditions, or problem(s) not listed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Por favor indique (Please list): _____					

MEDICAMENTOS (MEDICATIONS)

¿Está él/ella tomando una de las siguientes medicinas?
(Is he/she taking any of the following?)

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Antibiótico (Antibiotics) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Drogas de sulfá (Sulfa drugs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Anticoagulantes/Drogas para disminuir el espesor de la sangre (Anticoagulants - blood thinners) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Medicina para alta presión de la sangre (Medicine for high blood pressure) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Cortison/Esteroides (Cortisone - steroids) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Tranquilizantes (Tranquilizers) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Antihistaminicos (Antihistamines) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Medicamentos Antidepresivos/Anti Ansiedad (Antidepressant/Antianxiety Medications) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Aspirinas/Regularmente o con regularidad (Aspirin [regular, ongoing basis]) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Insulina, Orinase o drogas similares (Insulin, Orinase, or similar drug) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Digitalis o otra droga para el corazón (Digitalis or other heart drug) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Nitroglicerina (Nitroglycerin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Quimioterapia (Chemotherapy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Alcohol/Drogas/Adicción a químicos (Alcohol/Drugs - chemically dependent) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Pastillas para dieta (Diet pills) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Vitaminas/Suplementos Herbales (Vitamins, herbal supplements) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Otros medicamentos (Other medications) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comentarios (Comments) _____ | | |
| _____ | | |

ALERGIAS (ALLERGIES)

¿Es él/ella alérgico(a) o ha tenido reacciones a alguno de los siguientes? (Is he/she allergic to or had a reaction to any of the following?)

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Anestesia local/Novocaína, etc. (Local anesthetic - Novocaine, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Antibióticos (Antibiotics) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Drogas de sulfá (Sulfa drugs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Latex (Latex) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Barbitúricos, sedativos (Barbiturates, sedatives) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Aspirina (Aspirin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Yodo (Iodine) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Codeína o otros narcóticos (Codeine or other narcotics) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Metales/Anillos, aretes, etc. (Metals - rings, earrings, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Otras alergias (Other allergies) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIAL DENTAL (DENTAL HISTORY)

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Está él/ella teniendo dolores dentales? (Is he/she having dental pain?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Cree usted que él/ella tiene problemas de encías? (Do you think he/she has gum problems?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Nota él/ella chasquido, ruido seco, dolor en la mandíbula o justo delante de los oídos?? (Does he/she notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of their ears?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Participa él/ella en deportes de contacto? (Is he/she involved in any contact sports?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ¿Se cepilla él/ella los dientes diariamente? (Does he/she brush daily?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) ¿Usa él/ella el hilo dental diariamente? (Does he/she floss daily?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) ¿Ha tenido problema con anestesia local? (Has he/she ever had problems with local anesthetic?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) ¿Ha tenido él/ella extracciones (sacaduras de muelas) difíciles en el pasado? (Has he/she ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) ¿Ha sangrado él/ella mucho después de una extracción de diente? (Has he/she ever had prolonged bleeding following extractions - tooth removal?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) ¿Cuándo fue la última visita de él/ella al dentista? (When was his/her last dental visit?) | | |
| 11) ¿Qué le hicieron en la última visita al dentista? (What was done at his/her last dental visit?) _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

MUJERES (WOMEN)

- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) ¿Está ella embarazada? (Is she pregnant?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Está ella amamantando? (Is she you nursing?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Tiene o ha tenido problemas menstruales? (Does she have or has she had menstrual problems?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Está ella tomando pastillas anticonceptivas? (Is she taking birth control pills?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

CONSENTIMIENTO PARATRATAMIENTO (TREATMENT CONSENT)

Yo certifico que he leído y entiendo la información arriba mencionada. Dentro de mi conocimiento, las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Yo entiendo que el dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Si existe algún cambio en mi salud o mis medicinas, será mi deber informar al personal dental en la cita que sigue sin fallar. También entiendo la naturaleza de los servicios que me puede prestar la clínica incluyendo posibles riesgos y consecuencias que pueden surgir. Entiendo que pueden haber a mi disposición métodos de tratamiento alternativo, y que aunque todos los procedimientos son considerados como seguros, existe el riesgo de complicaciones o resultados inesperados e indicaciones de emergencia que pueden prevenir el resultado beneficioso que se intentaba o requerir mayor tratamiento. Entiendo que el servicio dental es proveído por dentistas licenciados, higienistas licenciados, o estudiantes de dentistería e higiene dental bajo la supervisión de dentistas licenciados, y doy mi consentimiento para recibir dichos servicios. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Lancaster en Lincoln para dar cualquier información incluyendo el diagnóstico de los récords sobre cualquier tratamiento o examen que se me haya dado a mí o a mi hijo(a) durante el período de dicho cuidado Dental a terceras personas o compañía encargadas del pago y/o practicantes de salud.

I certify that I have read and understand the above information. To the best of my knowledge, the above answers are true and correct. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. If I ever have any change in my health, or if my medicines change, I will inform the dental staff at the next appointment without fail. I understand the nature of the clinical services to be rendered including the possible hazards and side effects that may be involved. I understand that alternative methods of treatment may be available and that while all the procedures are considered safe, there is risk of complications or unanticipated results and emergency indications that may prevent the intended beneficial result or require further treatment. I understand that dental services will be rendered by licensed dentists, licensed dental hygienists, or dental and dental hygiene students under the supervision of licensed dentists, and consent to such services. I authorize the Lincoln-Lancaster County Health Department to release any information including the diagnosis of the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners.

Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____